



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Obesidade em mulheres adultas: estudo transversal de base domiciliar

Marcelo Henrique da Silva¹, Maria Cristina Pinto de Jesus²,
Miriam Aparecida Barbosa Merighi¹, Deíse Moura de Oliveira³,
Rafaella Queiroga Souto¹, Priscilla Ribeiro Biscotto¹

1 Universidade de São Paulo

2 Universidade Federal de Juiz de Fora

3 Universidade Federal de Viçosa

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência da obesidade e os fatores a ela associados em mulheres adultas. **Método:** pesquisa transversal com 240 mulheres cadastradas na atenção primária de um município de Minas Gerais, com coleta de dados realizada entre abril e julho de 2012. **Resultados:** a prevalência de obesidade foi de 37,08% (n = 89). Apresentam-se associadas ao IMC as variáveis idade (p = 0,000; OR = 3,35; IC = 1,9 – 5,8), uso de contraceptivo (p = 0,00), doença associada à obesidade (p = 0,00) e uso de açúcar para adoçar bebidas (p = 0,00; OR = 3,8; IC = 11,5). **Discussão:** a prevalência da obesidade foi maior que a encontrada nos níveis nacional e mundial. Os fatores a ela associados são congruentes aos achados na literatura. **Conclusão:** essas evidências devem ser consideradas por gestores e profissionais da saúde no planejamento e execução das ações destinadas ao controle da obesidade feminina.

Descritores: Obesidade; Prevalência; Saúde da mulher; Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

A epidemia global da obesidade, como já percebido pelo mundo contemporâneo, reflete problemas sociais, econômicos e culturais enfrentados tanto por países em desenvolvimento quanto pelos desenvolvidos⁽¹⁾. Considerada doença complexa, tem repercussões sociais e psicológicas graves que trazem grandes prejuízos à vida⁽²⁾. Aproximadamente 12% da população mundial é considerada obesa, totalizando mais de 300 milhões de adultos em todo o planeta. Além disso, associa-se à obesidade a mortalidade de 2,8 milhões de pessoas por ano⁽³⁾.

No Brasil, observa-se uma inversão dos indicadores nutricionais, com um declínio abrupto da desnutrição e um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade. O número de indivíduos que estão acima do peso passou de 42,7% em 2006 para 48,5% em 2011. No mesmo período, a proporção de obesos aumentou de 11,4% para 15,8%. Entre as mulheres, o sobrepeso foi estimado em 44,7% e a obesidade em 16%, ressaltando a presença desse agravo na população feminina⁽⁴⁾.

Achados de pesquisas em nível mundial corroboram que a obesidade tem acometido de forma mais expressiva o gênero feminino, configurando-se em um grave problema de saúde pública a ser enfrentado no século XXI⁽⁵⁾. Dada sua magnitude, evidencia-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), no conjunto de metas de atenção à saúde coletiva, precisa pautar ações que privilegiem esse público. As ações de saúde devem apoiar-se em evidências que possibilitem, em um primeiro momento, localizar e conhecer essas mulheres - fato essencial para que as ações de cunho preventivo e curativo voltadas para o enfrentamento da obesidade deem-se de forma concreta e precisa⁽⁴⁾.

Levando em conta a amplitude do problema em questão e a insuficiência de registros

no DATASUS⁽⁶⁾ que expressem a prevalência da obesidade na população feminina do município desta pesquisa, objetiva-se estimar no mesmo a prevalência da obesidade e os fatores a ela associados em mulheres adultas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso poderá fornecer subsídios para o fomento e criação de políticas públicas, conferir visibilidade à situação em pauta e acenar para possíveis ações de saúde voltadas para esse grupo.

MÉTODO

Estudo transversal de base domiciliar realizado em um município de Minas Gerais, com população estimada de 516.247 habitantes⁽⁷⁾. O número de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2012 era de 261.370, mostrando uma cobertura de 49,62% da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesse local⁽⁸⁾. Desta, o quantitativo de mulheres adultas na faixa etária de 20 a 59 anos era de 94.156 - que constitui a população deste estudo.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula de estudos transversais com população finita, com prevalência 16,9% de obesidade na população feminina do Brasil segundo levantamento realizado em 2008 pelo IBGE. O intervalo de confiança foi de 95% e o erro padrão de 5%, totalizando uma amostra de 232 mulheres. A esse total se adicionou 10%, que totalizaria 255, considerando a possibilidade de perdas. Sem contar essa eventualidade, a amostra final foi de 240 mulheres.

A amostragem foi probabilística por conglomerados, os quais são definidos habitualmente a partir de limites geográficos ou políticos. É uma técnica na qual as unidades amostrais são grupos (*clusters*) de elementos. Os conglomerados devem ser heterogêneos, porém bastante semelhantes entre si em rela-

ção à variável de interesse. Mais do que representativos de subconjuntos populacionais, os conglomerados devem conter características da população total⁽⁹⁾.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2012. Nesta ocasião o município contava com 88 equipes na ESF, totalizando 528 microáreas. Atuava um agente comunitário de saúde (ACS) por microárea - considerada um conglomerado neste estudo.

O sorteio dos conglomerados foi realizado utilizando o programa Microsoft Office Excel versão 97 – 2004, por meio da listagem de ACSs que compõem as equipes de saúde da família, totalizando 30 microáreas. Uma vez conhecidos os ACSs para cada conglomerado, foram sorteadas sete fichas “A” (ficha do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, que contém os dados cadastrais das famílias adscritas) correspondentes a sete mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos.

Foi incluída apenas uma mulher por domicílio. Os lares em que não havia mulher na faixa etária requerida, bem como aqueles em que existiam grávidas, lactantes, cadeirantes, acamadas ou em que houve recusa de participar do estudo foram ressorteados.

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados desenvolvido pelos autores e testado por meio de um estudo piloto para verificar sua pertinência. As variáveis contempladas no instrumento foram definidas com base em questionários validados por outros autores, a saber: as socioeconômicas, com base no estudo de Gigante⁽¹⁰⁾; as relacionadas à avaliação da dieta, adaptadas do Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)⁽¹¹⁾; e as relacionadas às atividades físicas, adaptadas do Questionário Internacional de Atividade Física na versão reduzida (IPAQ curto)⁽¹²⁾.

A variável dependente foi o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pelo *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0

por meio da fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2$ (m^2), e categorizado conforme sugere a Organização Mundial da Saúde (OMS): baixo peso < 18,5kg m^2 ; peso normal, entre 18,5 e 24,9kg m^2 ; sobrepeso de 25 a 29,9kg m^2 ; obesidade grau I, entre 30,0 e 34,9kg m^2 ; obesidade grau II, de 35,0 a 39,9kg m^2 ; obesidade grau III ou mórbida, índices iguais ou maiores que 40,0kg m^2 ⁽¹³⁾. Para a realização de algumas análises estatísticas, a variável IMC foi dicotomizada em “IMC normal ou baixo” (abrangendo as mulheres que apresentaram baixo peso e peso normal) e “IMC elevado” (abrangendo as mulheres que apresentaram sobrepeso e obesidade).

As variáveis independentes contínuas foram a idade e o número de filhos; já as dicotômicas foram a idade (20 a 40 anos/41 a 59 anos), estado civil (vive sozinho/vive com um companheiro), religião (possui alguma religião/não possui), escolaridade (baixa/alta, considerando “alta escolaridade” ter o ensino médio completo ou incompleto), trabalho (realiza algum tipo de trabalho remunerado/não), renda (alta/baixa, considerando “baixa” um ou menos de um salário mínimo), etilismo (bebe muito/pouco), uso de contraceptivo (sim/não), reposição hormonal (sim/não), tabagista (sim/não), prática de exercício físico regular (sim/não), portador de alguma doença associada à obesidade (sim/não), reutilização de óleo para cozinhar (sim/não), como as bebidas são adoçadas (açúcar/adoçante ou nada), uso de manteiga (sim/não), consumo de refrigerante, balas, suco industrializado, pães, bolos, frituras, embutidos e enlatados, dicotomizadas em “muito” ou “pouco”.

Para aferição do peso, utilizou-se uma balança digital portátil calibrada até 150kg, com precisão de 100g. A altura foi medida por um estadiômetro portátil, que permitiu o registro com precisão de décimos de centímetros. Foram indicados cuidados básicos com o entrevistado, como a retirada dos sapatos e o uso de roupas

leves durante as medidas, tendo sido estas coletadas após a entrevista.

Os dados foram armazenados e analisados no Programa SPSS versão 17.0 disponível para teste por 15 dias. Calcularam-se as medidas de tendência central e de dispersão (médias, desvios padrão e amplitudes), assim como as frequências simples e relativa.

Em seguida, testou-se a natureza da distribuição das variáveis contínuas (IMC, idade e número de filhos) a fim de verificar a normalidade dos dados por meio do teste Komolgorov-Smirnoff e a homogeneidade das variâncias por intermédio do teste Levene. A variável número de filhos não apresentou distribuição normal. Idade e IMC foram cruzados por meio do teste P de Pearson.

As variáveis categóricas foram comparadas com o IMC pelo teste Qui-quadrado, apresentando o Odds Ratio (razão de chance) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis que apresentaram associação igual ou inferior a 0,02 foram inseridas em um modelo de regressão logística ajustada pelo modelo Backward. Utilizou-se o valor de $p < 0,05$ para consideração da significância estatística dos testes de hipótese. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme Parecer nº 293/2010.

RESULTADOS

A prevalência de obesidade na população de mulheres estudada foi de 37,08% ($n = 89$ - Tabela 1). O peso médio das mulheres foi de $71,43\text{kg} \pm 15,50$, com máxima de 131kg e peso mínimo de 36kg. A altura média das mulheres foi de $1,58\text{m} \pm 0,07$ (mínimo = 1,40m; máximo = 1,75m). Em relação ao IMC, sua média foi de $28,58\text{kg}/\text{m}^2 \pm 5,78$, com máximo de $53,01\text{kg}/\text{m}^2$ e mínimo de 15,01.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo o IMC, Juiz de Fora (MG), 2012

Variáveis	n	%
Baixo peso	4	01,70
Peso normal	81	33,80
Sobrepeso	66	27,50
Obesidade grau I	55	22,84
Obesidade grau II	23	09,49
Obesidade grau III	11	04,75
Total	240	100,00

Fonte: Dados coletados nesta pesquisa.

A idade média das mulheres foi de 40,85 anos, com desvio padrão de 11,22 (tendo a mulher mais nova 20 anos e a mais velha 59). Em relação ao número de filhos, as participantes tinham em média $1,99 \pm 1,45$, sendo o número mínimo de zero e o máximo de 13 filhos por mulher. O IMC apresentou-se correlacionado positivamente com a variável idade ($p = 0,000$; P de Pearson = 0,25). Não foi identificada correlação com número de filhos.

Em relação à situação socioeconômica, a maioria das mulheres investigadas afirmou ter idade entre 41 e 59 anos (55,4%; $n = 133$), não estar solteira (94,2%; $n = 226$), ter alguma religião (96%; $n = 232$), apresentar alta escolaridade (90,4%; $n = 217$), não estar trabalhando (52,1%; $n = 125$) e possuir renda baixa (65%; $n = 156$).

Em relação ao estilo de vida, a maioria das mulheres admitiu consumir frequentemente algum tipo de bebida alcoólica (91,3%; $n = 219$), não usar contraceptivo (76,7%; $n = 184$), não fazer reposição hormonal (97,9%; $n = 235$), não fumar (75,8%; $n = 182$) e não praticar nenhum tipo de atividade física regular (85,8%; $n = 206$). A maioria das mulheres apresenta alguma doença associada à obesidade: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e alterações na tireoide (52,5%; $n = 126$).

A maioria das mulheres consumia grande quantidade de refrigerantes (70,8%; $n = 170$), sucos industrializados (64,2%; $n = 154$), pães e bolos (90%; $n = 216$), frituras (70,8%; $n = 170$), embutidos (54%; $n = 129$) e enlatados (51,3%; $n = 123$); reutili-

zava várias vezes o óleo para preparar as refeições (73,3%; n = 176), manteiga ou óleo, produtos ricos em gordura saturada (72,9%; n = 175) e açúcar para adoçar as bebidas (87,9%; n = 211).

Apresentam-se associadas ao IMC as variáveis idade (p = 0,000; OR = 3,35; IC = 1,9 – 5,8), usar contraceptivo (p = 0,00), apresentar alguma doença associada à obesidade (p = 0,00) e usar açúcar para adoçar bebidas (p = 0,00; OR = 3,8; IC = 11,5) (Tabela 2).

As variáveis (idade, doenças associadas à obesidade, uso de contraceptivo e como adoça as bebidas) que apresentaram associação (p < 0,02) com a variável IMC foram inseridas em um modelo de regressão logística ajustado por meio do modelo Backward. Foi confirmada a associação das variáveis “idade” e “como adoça as bebidas” com o IMC, conforme a Tabela 3.

Tabela 2 - Tabelas 2 X 2 relacionando o IMC e as variáveis socioeconômicas. Juiz de Fora, 2012.

	IMC	Baixo		Alto		Total		p*	OR**	[IC]***
		n	%	n	%	n	%			
Elitismo	Pouco	7	2,9	14	5,8	21	8,8	0,83	0,9	[0,3 – 2,3]
	Muito	78	32,5	141	58,8	219	91,3			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Contraceptivo	Sim	29	12,1	27	11,3	56	23,3	0,00	2,4	[1,3 – 4,5]
	Não	56	23,3	128	53,3	184	76,7			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Reposição Hormonal	Sim	0	0,0	5	2,1	5	2,1	0,09	-	-
	Não	85	35,4	150	62,5	235	97,9			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Tabagista	Sim	23	9,6	35	14,6	58	24,2	0,43	1,2	[0,6 – 2,3]
	Não	62	25,8	120	50,0	182	75,8			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Exercício físico regular	Sim	13	5,4	21	8,8	34	14,2	0,71	1,1	[0,5 – 2,4]
	Não	72	30,0	134	55,8	206	85,8			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Doenças associadas	Sim	27	11,3	87	36,3	114	47,5	0,00	0,2	[0,2 – 0,6]
	Não	58	24,2	68	28,3	126	52,5			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Usa o óleo várias vezes?	Sim	62	25,8	114	47,5	176	73,3	0,91	0,9	[0,5 – 1,7]
	Não	23	9,6	41	17,1	64	26,7			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Adoçar bebidas	Açúcar	81	33,8	130	54,2	211	87,9	0,00	3,8	[1,3 – 11,5]
	Outros	4	1,7	25	10,4	29	12,1			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Manteiga	Bom	29	12,1	36	15,0	65	27,1	0,06	1,7	[0,9 – 3,0]
	Ruim	56	23,3	119	49,6	175	72,9			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Refrigerante	Pouco	24	10,0	46	19,2	70	29,2	0,81	0,9	[0,5 – 1,6]
	Muito	61	25,4	109	45,4	170	70,8			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Balas	Pouco	57	23,8	111	46,3	168	70,0	0,46	0,8	[0,4 – 1,4]
	Muito	28	11,7	44	18,3	72	30,0			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Suco Industrializado	Pouco	37	15,4	49	20,4	86	35,8	0,06	1,6	[0,9 – 2,8]
	Muito	48	20,0	106	44,2	154	64,2			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			

Pão/bolo	Pouco	6	2,5	18	7,5	24	10,0	0,26	1,3	[0,7 – 2,2]
	Muito	79	32,9	137	57,1	216	90,0			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Frituras	Pouco	25	10,4	45	18,8	70	29,2	0,95	0,6	[0,3 – 1,1]
	Muito	60	25,0	110	45,8	170	70,8			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			
Embutidos	Pouco	35	14,6	75	31,4	110	46,0	0,26	2,1	[0,8 – 5,8]
	Muito	50	20,9	79	33,1	129	54,0			
	Total	85	35,6	154	64,4	239	100,0			
Enlatados	Pouco	42	17,5	75	31,3	117	48,8	0,87	1,2	[0,6 – 2,1]
	Muito	43	17,9	80	33,3	123	51,3			
	Total	85	35,4	155	64,6	240	100,0			

Fonte: Dados coletados nesta pesquisa.

* Resultado da significância do teste Qui-quadrado.

** Odds Ratio

*** Intervalo de Confiança

Tabela 3 - Resultado da regressão logística ajustada pelo modelo Backward. , Juiz de Fora (MG), 2012

	OR*	IC**	p***	R2****	c*****
Idade	3,17	[1,8 – 5,5]	0,00		
Adoçar bebidas	3,32	[1,2 -11,7]	0,03	0,134	0,67

Fonte: Dados coletados nesta pesquisa.

* Odds Ratio

** Intervalo de confiança

*** Significância do teste

**** Resultado da Regressão

***** Acurácia do teste

Essas variáveis apresentam uma associação diretamente proporcional com o IMC, podendo-se inferir que o acréscimo de uma unidade de idade aumenta 3,17 vezes a chance de a mulher ser obesa ou ter sobrepeso. Ademais, o acréscimo de uma unidade no fato de usar açúcar para adoçar bebidas aumenta em 3,32 vezes a chance de a mulher apresentar obesidade ou sobrepeso.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que a prevalência de obesidade na amostra estudada (37,08%) foi maior quando comparada à prevalência mundial (14%)⁽³⁾ e nacional (16,9%)⁽⁴⁾ da obesidade em mulheres. Os achados são próximos do que se

observou em algumas cidades do mundo, como em Gaziantep, na Turquia (33,7%)⁽⁵⁾ e na Virgínia Ocidental (25%)⁽¹⁴⁾, bem como em algumas cidades brasileiras, como Criciúma (SC - 34,1%)⁽¹⁵⁾ e em Santarém (PA - 32,8%)⁽¹⁶⁾.

Na presente pesquisa, não foi identificada associação entre o IMC e o estado civil das mulheres investigadas, o que pode estar relacionado ao fato de que quase todas as participantes viviam com um companheiro (94,2%; n = 226). Em estudo semelhante realizado no Brasil, mulheres que viviam em união estável tiveram maior chance de apresentar excesso de peso do que as que não se encontravam nesse estado⁽⁴⁾, assim como na pesquisa realizada em Santarém⁽¹⁶⁾.

As características socioeconômicas da amostra investigada se assemelham às de uma análise realizada no município de São Paulo com 298 mulheres entre 20 e 59 anos, usuárias de uma Unidade da Estratégia Saúde da Família, na qual a maioria tinha renda inferior a dois salários mínimos (52%) e vivia com um companheiro (71%)⁽¹⁷⁾. Um estudo realizado na República Maurícia mostrou que o baixo nível socioeconômico foi um fator de risco para a obesidade entre as mulheres pesquisadas⁽¹⁸⁾.

Em países desenvolvidos, a população de baixa renda tende a ser mais obesa do que a de alta renda. É provável que dentre os vários fatores que contribuem para esta relação esteja

o menor custo dos alimentos ricos em calorias como frituras ou alimentos industrializados, quando comparados com frutas e vegetais⁽³⁾.

As participantes apresentaram uma escolaridade considerada alta (90,5%; n = 217), não sendo possível relacionar a obesidade com o nível de escolaridade nem com os anos de estudo. No entanto, um inquérito brasileiro mostrou que as prevalências mais altas de excesso de peso foram observadas entre mulheres com menor escolaridade⁽⁴⁾.

A idade média das componentes da amostra foi de 40,85 ± 11,22 anos, aproximando-se de uma pesquisa realizada em Criciúma, Santa Catarina no período entre 2006 e 2007 (42 ± 12 anos)⁽¹⁵⁾.

Os resultados do presente estudo mostram uma forte associação do IMC com a idade, assim como foi observado numa análise realizada em Gaziantep, Turquia⁽⁵⁾. O inquérito sobre obesidade realizado no Brasil apontou que o excesso de peso e obesidade foram mais prevalentes entre mulheres mais velhas (55 anos ou mais)⁽⁴⁾. A pesquisa realizada em Santarém também concluiu que o excesso de peso aumenta com a idade, chegando a atingir 58,3% da população com idade ≥ 55 anos⁽¹⁶⁾.

As flutuações hormonais ao longo do ciclo de vida das mulheres podem explicar o aumento do risco da obesidade. Essas mudanças durante o ciclo menstrual afetam a ingestão de calorias e macronutrientes, além de provocar alterações no gasto energético⁽¹⁹⁾. A menopausa, caracterizada pelo término da função reprodutiva feminina, apresenta-se como um fator que pode contribuir para o ganho de peso. O já citado estudo realizado na República da Maurícia evidenciou que a pós-menopausa constituiu-se em fator de risco para a obesidade, se comparada às mulheres no período pré-menopausa⁽¹⁸⁾.

Os dados da presente pesquisa mostram forte associação positiva (p = 0,00; OR = 2,5; IC = 1,3 – 4,5) entre o IMC e o uso de contraceptivo,

mas não foi observada associação entre o IMC e o fato de a mulher fazer uso de reposição hormonal. Estes achados diferem dos resultados encontrados na pesquisa feita em Criciúma, na qual não foi evidenciada associação entre o uso de método anticoncepcional/terapia de reposição hormonal e o sobrepeso/obesidade em mulheres⁽¹⁵⁾.

No presente estudo observou-se a associação positiva (p = 0,00) entre o IMC e as doenças relacionadas à obesidade. Isso foi corroborado por um inquérito brasileiro que apontou que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, infarto, acidente vascular cerebral, dislipidemia e osteoporose foi maior entre indivíduos com IMC mais elevado⁽⁴⁾.

Em relação ao uso de tabaco, os resultados da amostra não identificaram associação entre o IMC e o tabagismo (p = 0,43). No entanto, estudo transversal que objetivou estudar a associação entre o excesso de peso e o hábito de fumar constatou que a prevalência de excesso de peso foi maior para mulheres fumantes, comparativamente às ex-fumantes e àquelas que nunca fumaram⁽¹⁶⁾.

Evidenciou-se uma associação do consumo de açúcar com o IMC. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa realizada no Reino Unido, que apontou o consumo de açúcar como um dos preditores significativos de prevalência de obesidade. A associação entre doces e a obesidade sugere que estratégias eficazes devem ser pensadas e implementadas a fim de reduzir o seu consumo na população⁽²⁰⁾. Salienta-se que a urbanização tem sido mundialmente associada com o aumento do consumo de alimentos altamente calóricos, com altos níveis de gordura, açúcar e sal⁽³⁾.

Considerando a diversidade cultural e socioeconômica global, este estudo limita-se a apresentar a prevalência de obesidade em mulheres adultas de um município da Zona da Mata de Minas Gerais, o que impede a generalização

dos resultados para outras realidades brasileiras e/ou países.

CONCLUSÃO

Os achados desta investigação indicam que a prevalência elevada da obesidade feminina configura-se como um importante problema de saúde pública no município estudado.

Considerando que a amostra representa a população de mulheres adultas cadastradas na estratégia de saúde da família, cabe ao enfermeiro - importante ator social deste contexto - assistir longitudinalmente essa clientela, atuando sobre a obesidade e os fatores que, neste estudo, estiveram a ela associados.

Sugere-se ao poder público utilizar os resultados desta pesquisa na pauta das discussões das políticas de saúde do município, a fim de obter o controle da doença. Isso vai ao encontro da necessidade de cuidado às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, desafio posto para os profissionais que atuam no contexto do SUS.

Recomenda-se que estudos semelhantes a este sejam conduzidos em outras realidades do país, possibilitando identificar se a alta prevalência da obesidade feminina evidenciada retrata uma realidade específica ou se está presente em outros municípios brasileiros. Além disso, considerando a disparidade da prevalência da obesidade entre a amostra do estudo e a encontrada no âmbito nacional e internacional, propõe-se o desenvolvimento de pesquisas longitudinais, capazes de sugerir relações de causalidade, a fim de explicar os achados ora encontrados.

REFERÊNCIAS

1. Costa, ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesity in candidates for bariatric surgery Acta

Paul Enferm. [internet] 2009 [cited 2013 may 10]; 22(1): 55-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100009&lng=pt&nrm=iso&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100009>

2. Santos A, Pasquali R, Marcon S. Feelings and experiences of obese participants, in a support group: an exploratory study. Online Braz J Nurs (Online) [Internet]. 2012 Apr 18; [Cited 2013 May 10] 11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120002>
3. World Health Organization (SWZ). World Health Statistics 2012 [internet]. World Health Organization: Genebra; 2012. [cited 2013 Feb 27]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por meio de Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2014 aug 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf
5. Ozcirpici B, Coskun F, Sahinoz S, Ozgur S, Bozkurt AI. Obesity Prevalence in Gaziantep, Turkey. Indian J Community Med. 2009; 34(1): 29-34. Available from: <http://www.ijcm.org.in/article.asp?issn=0970-0218;year=2009;volume=34;issue=1;spage=29;epage=34;aulast=Ozcirpici> DOI: 10.4103/0970-0218.45371
6. DATASUS [homepage]. Estado Nutricional: Usuários da Atenção Básica de Minas Gerais acompanhados por faixas de idade segundo sexo. 2007 [cited 2014 Ago 28]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sisvan/cnv/acom_mg.def
7. Instituto Brasileiro de Geociências e Estatísticas (Brasil) [homepage]. Minas Gerais. Cidades. População. 2010 [cited 2013 May 26]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=mg>.
8. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Sistema de Informação em Saúde (SIAB) [homepage]. [cited 2013 May 26] Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/grs/GRS>.

9. Pezzoli L, Pineda S, Halkyer P, Crespo G, Andrews N, Ronveaux O. Cluster-sample surveys and lot quality assurance sampling to evaluate yellow fever immunisation coverage following a national campaign, Bolivia, 2007. *Trop Med Int Health*. 2009; 14(3): 355-61. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02231
10. Gigante DP, Moura E C, Sardinha LMV. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009 [cited 2013 Jan 20]; 43(supl.2): 83-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900011>
11. Molina BMC, Benseñor IM, Cardoso LO, Velasquez-Melendez G, Drehmer M, Pereira TSS et al. Reproducibility and relative validity of the Food Frequency Questionnaire used in the ELSA-Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet] 2013 [cited 2013 jan 20]; 29(2): 379-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200024&lng=pt&nrm=iso&tlng=en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200024>
12. Lee PH, Macfarlane DJ, Lam TH, Stewart SM. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8: 115. doi:10.1186/1479-5868-8-115
13. World Health Organization (SZW) [homepage]. BMI Classification. [cited 2013 mar 10]. Available from: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
14. Amarasinghe A, D'Souza G, Brown C, Oh H, Borisova T. The influence of socioeconomic and environmental determinants on health and obesity: a West Virginia case study. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6(8): 2271-87. doi:10.3390/ijerph6082271
15. Rosa MI, Silva FML, Giroldi SB, Antunes GN, Wendland EM. The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(5): 2559-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500026>
16. Sá NNB, Moura EC. Association between overweight and smoking habits, Santarém, PA, 2007. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4): 636-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400013>
17. Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Overweight and abdominal obesity in women users of a family health strategy unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(spe2): 1667-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800005>
18. Bhurosy t , Jeewon R . Food habits, socioeconomic status and body mass index among premenopausal and post-menopausal women in Mauritius. *J Hum Diet Nutr*. 2013; 26 (Suppl. 1): 114–22. doi:10.1111/jhn.12100
19. Moilanen J, Aalto AM, Hemminki E, Aro AR, Raitanen J, Luoto R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*. 2010; 4(67): 368-74. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.08.007
20. Siervo M, Montagnese C, Mathers JC, Soroka KR, Stephan BC, Wells JC. Sugar consumption and global prevalence of obesity and hypertension: an ecological analysis. *Public Health Nutr*. 2014 Mar; 17(3): 587-96. doi: 10.1017/S1368980013000141

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a materia em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 07/06/2013

Revisado: 16/08/2014

Aprovado: 03/09/2014